

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.829

*Version anglaise***Pain/assessment and rehabilitation pain Unit in PRM**

No abstract provided

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.830

**Buttock pain**

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.831

**Posters***Version française*

P078–FR

**Le brûle s'exprimé par sa douleur**Z. Djaroud<sup>a,\*</sup>, K. Terki<sup>b</sup>, F. El Abed<sup>a</sup>, F. Benlebna<sup>a</sup>, B. Boumediene Zellat<sup>a</sup>, L. Khenous<sup>a</sup><sup>a</sup> Médecine physique réadaptation, établissement hospitalo-universitaire 1-novembre-1954, BP Ibn-Rochd 4166, 31000 Oran, Algérie<sup>b</sup> SEMEP/établissement hospitalo-universitaire 1-novembre-1954, Oran, Algérie

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Électrocution ; Brûlures ; Amputations multiples ; Douleurs

**Introduction.**– Les accidents d'électrocution sont graves, ils mettent en jeu non seulement le pronostic vital, mais ils sont aussi à l'origine d'amputations multiples, de douleurs retardant la guérison, l'appareillage et grevant le pronostic fonctionnel par la suite. La particularité du cas clinique présenté réside dans le fait qu'il s'agit d'un jeune maçon de profession chez qui sont survenus des complications secondaires systémiques.

**Objectifs.**– Traiter la douleur, l'état trophique, surveiller l'appareillage.

**Observation.**– Monsieur B.M., âgé de 32 ans, droitier, victime d'une électrisation par câbles électriques de haute tension en 2007 avec brûlures du 3<sup>ème</sup> degré au niveau du membre supérieur gauche et des extrémités distales des membres inférieurs. Hospitalisé en soins intensifs, il subit une désarticulation de l'épaule gauche avec greffe de peau, une amputation du pied gauche et du pied droit. Le patient sera revu en consultation de contrôle pour des troubles trophiques des moignons d'amputation, des douleurs neuropathiques et des douleurs subjectives séquellaires.

**Résultats.**– Les soins locaux de ces troubles, l'association d'anxiolytique et d'antalgique ainsi que la prescription d'appareillage des membres inférieurs a permis la réinsertion du patient.

**Discussion/Conclusion.**– Les amputations multiples suite à une électrocution imposent une surveillance des moignons sur le plan trophique cicatriciel. La prise en charge doit être bien menée afin de les appareiller précocement pour prévenir le déconditionnement. Ce défi débute au moment de l'accident et se prolonge pendant la phase de rééducation et même au-delà.

*Pour en savoir plus*

Carpentier JP, Petrognani R. Pendaion-électrocution. In: Samii K, ed. Anesth Reanim Phy. Paris: Flammarion, 1995:1676–81.

Dubien PY, Bertin-Maghit M, Gueugniaud PY, Bouchard C, Ould-Aoudia T, Petit P. Brûlures par électrisation : aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Press Med 1996;25:1781–5.

26275A10, 3 – 1998, 10. Prévention des brûlures électriques. Cabanes J. p. 11.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.832

P079–FR

**Un drôle de pied : à la frontière de l'algodystrophie (SDRC 1)**F. Luthi<sup>a,\*</sup>, A. Vouilloz<sup>a</sup>, O. Deriaz<sup>b</sup>, D. Genoud<sup>a</sup><sup>a</sup> Réadaptation de l'appareil locomoteur, clinique romande de réadaptation suvacare, 90, avenue Grand-Champsec, 1950 Sion, Suisse<sup>b</sup> Institut de recherche en réadaptation, Sion, Suisse

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Cheville ; SDRC1 ; Critères diagnostiques

**Introduction.**– Depuis les travaux de l'International Association for the Study of Pain (IASP), les troubles moteurs (tremor, dystonie, myoclonie. . .) font partie des critères diagnostiques de l'algodystrophie [1] ou Syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC 1). Cela peut poser de problème, certaines pathologies neurologiques pouvant être considérées à tort comme un SDRC. L'observation proposée illustre cette problématique.

**Observation.**– Un homme de 31 ans est hospitalisé en réadaptation en avril 2007 pour des douleurs persistantes de la jambe G et suspicion d'algodystrophie. Le patient est connu pour une plastie ligamentaire de la cheville en novembre 2005. En mai 2006, récurrence d'entorse traitée conservativement. L'évolution est défavorable avec extension des douleurs (jambe et pied), développement de mouvements anormaux. On objective des mouvements des orteils en abduction (surtout O5), suivis d'une crampe en flexion ; une hypoesthésie dans le territoire du nerf sural, une allodynie péricatriculaire ; discrets troubles vasomoteurs. La scintigraphie est compatible avec une algodystrophie de stade 2. L'ENMG du membre inférieur est normal ; au pied, mise en évidence une activité pseudopériodique de potentiels d'unité motrice (abducteur du 5<sup>ème</sup> orteil, 4<sup>ème</sup> interosseux). Un diagnostic de « syndrome de la jambe douloureuse et des orteils qui bougent » est retenu. Un traitement de gabapentine, puis de carbamazépine est instauré avec une amélioration partielle.

**Discussion.**– Le « syndrome de la jambe douloureuse et des orteils qui bougent » [2] est une entité rare qui mérite d'être connue des rééducateurs. L'origine en est le plus souvent une lésion nerveuse périphérique. L'activation des interneurons médullaires (entre la corne dorsale et ventrale) est considérée comme la source des efférences motrices responsables des mouvements anormaux. Cette observation illustre la nécessité d'une démarche diagnostique exigeante avant de retenir un SDRC et du respect du 4<sup>ème</sup> critère de l'IASP (exclusion du syndrome en présence d'une autre atteinte susceptible d'expliquer douleur et dysfonction).

**Références**

[1] Harden RN, Pain 2010.

[2] Miyakawa T, CORR 2010.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.833

P080–FR

**Effets psychologiques liés à la douleur et au handicap physique chez des militaires blessés graves de guerre**

V. Bosserelle\*, D. Cupa

Laboratoire de psychopathologie psychanalytique des atteintes somatiques et identitaires (LASI), UFR SPSE–université Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Blessés de guerre ; Blessure physique grave ; Douleur ; Inventaire-échelle de névrose traumatique

**Introduction.**– Les militaires envoyés en opérations extérieures en missions de combat sont particulièrement exposés aux blessures physiques mais également psychiques et notamment au traumatisme de guerre. La survenue d'une blessure organique protégerait l'individu de ce traumatisme (Freud). Mais qu'en est-il exactement ? La douleur physique liée à la blessure physique nous paraît plus protectrice que la blessure elle-même.

**Objectifs.**– Étudier les effets psychiques des blessures physiques graves ainsi que le rôle et l'impact de la douleur chez des militaires blessés de guerre.

**Patients et méthode.**– L'objectif est de recruter une trentaine de militaires blessés de guerre avec une blessure physique grave. Sont inclus les militaires ayant subi une perte de membre, une perte de substance et/ou une perte de fonctionnalité. Ils sont contactés en début de rééducation (1<sup>er</sup> mois) pour 2 entretiens : (1) anamnèse avec questionnaire type, Inventaire-Échelle de Névrose Traumatique (IENT), questionnaires évaluant la douleur (qualitatifs de la douleur [QDSA], bilan douleur EVA, échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien [QCD23]) et (2) épreuve du Rorschach et Thematic Aperception Test (TAT). Les patients sont recontactés 6 mois plus tard selon les mêmes modalités d'entretiens.

**Résultats.**– À ce jour, 4 patients ont pu être évalués (3 à 1 mois, 1 à 6 mois). Les préoccupations majeures des patients concernent leur état physique et leur récupération, seuls éléments susceptibles selon eux, d'affecter leur état psychologique. La douleur influe sur leur humeur, leur sommeil mais également sur leurs relations aux autres (questionnaires douleur). Des symptômes post-traumatiques sont relevés (IENT) qui, sans être massifs, ont néanmoins un retentissement sur l'humeur, le sommeil, les relations aux autres et peuvent interagir avec la douleur. Un contrôle des mouvements psychiques depuis la blessure est toujours présent (Rorschach) notamment lors des reviviscences et tout particulièrement lors de la réactivation de la douleur.

**Discussion.**– La douleur paraît avoir de l'importance dans la réorganisation psychique nécessaire à la suite d'un traumatisme de guerre. Cette étude débutante devrait permettre de faire des propositions pour améliorer le suivi psychologique des blessés de guerre dès la rééducation.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.834

P081–FR

### Prise en charge de la douleur de l'épaule chez le patient l'hémiplégique : expérience du CHU de Casablanca

L. Riahi<sup>a,\*</sup>, B. Elmabrouki<sup>b</sup>, F. Lmidmani<sup>b</sup>, A. Elfatimi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médecine physique, CHU de Ibn-Rochd-Casablanca, 1, quartier des hopitaux, 20100 Casablanca, Maroc

<sup>b</sup> CHU de Casablanca, Casablanca, Maroc

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Hémiplégie ; Douleur ; Épaule

**Introduction.**– La prévalence de l'épaule douloureuse de l'hémiplégique après AVC est de 70 %. Un syndrome épaule-main, une capsulite rétractile peuvent en être l'origine, favorisés par une subluxation gléno-humérale ou une spasticité importante. Le diagnostic étiologique est essentiellement clinique. Le traitement est surtout préventif reposant sur les immobilisations, le strapping, la mobilisation prudente et l'électrostimulation.

**Objectifs.**– Rappeler les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection et d'évaluer nos résultats en fonction des données de la littérature.

**Méthodes.**– Étude prospective concernant la prise en charge de la douleur de l'épaule hémiplégique chez 12 patients entre octobre 2008 et mars 2011.

**Résultats.**– Douze patients ; âge : 51 ± 19 ans ; délai post-AVC : 3 à 28 semaines (15,5 ± 12,5) ; sex-ratio : 8 F/4 H ; côté hémiplégique : 9 droites/3 gauches ; douleur évaluée par l'EVA : (initiale : 8 ± 1 ; après traitement : 3 ± 1) ; étiologies : 10 subluxations/3 syndrome régional complexe de type I.

**Traitement.**– Tous les patients ont été traités par : *strapping* et écharpe d'immobilisation en cas de position debout ou assise, traitement antalgique médicamenteux, TENS, infiltration locale de corticoïde en cas de syndrome régional complexe de type I.

**Discussion.**– La douleur de l'épaule chez l'hémiplégique est particulière par sa fréquence élevée, ce qui en fait un sujet d'attention thérapeutique et justifie l'importance des travaux la concernant. Le diagnostic étiologique des douleurs du membre supérieur de l'hémiplégique reste un sujet de controverses. Son origine apparaît multifactorielle dominée par la subluxation gléno-humérale, le syndrome régional complexe type I, la capsulite rétractile, la spasticité. Il faut souligner l'importance de la prévention en évitant la décoaptation gléno-humérale par une bonne installation du patient ainsi que le diagnostic et l'instauration d'un traitement précoce.

Pour en savoir plus

Paci M, Nannetti L, Taiti P, Baccini M, Rinaldi L. Shoulder subluxation after stroke: relationships with pain and motor recovery. *Physiother Res Int* 2007;12(2):95–104.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.835

P082–FR

### Particularités de prise en charge de la douleur cervico-brachiale

Z. Djaroud<sup>a,\*</sup>, F. El Abed<sup>a</sup>, K. Terki<sup>b</sup>, F. Benlebna<sup>a</sup>, B. Boumediene Zellat<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médecine physique réadaptation, établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, BP Ibn Rochd 4166, 31000 Oran, Algérie

<sup>b</sup> SEMEP/établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, Oran, Algérie

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Douleurs cervico-brachiale ; Modalités thérapeutiques

Les névralgies cervico-brachiales sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation en MPR ; leurs traitements sont multiples, nous avons voulu évaluer différentes thérapeutiques et analyser les résultats.

**Patients et méthodes.**– Il s'agit d'une étude prospective de 21 patients ayant une NCB, vus en MPR entre le 01/10/2009 et le 01/03/2010, pour lesquels différents traitements ont été prescrits à savoir un traitement physique (physiothérapie antalgique + contention par collier cervical), un traitement médical (antalgiques, AINS ou autres), une physiothérapie seule, une contention seule et une association du traitement physique et médical.

**Résultats.**– Notre série comprend 19 femmes/02 hommes soit prédominance féminine à 90,48 % ; de tout âge avec 07 soit 33,33 % entre 40–50 ans ; 10 soit 47,61 % ont reçu un traitement médical, 06 soit 28,57 % un traitement physique, 03 ont bénéficié de physiothérapie seule, 4,76 % un collier cervical seulement et 4,76 % une association traitement physique et médical ; pour le traitement médical 04 ont reçu Lyrica, 03 du Tramadol, 03 des AINS et 01 du Paracétamol. Ces patients ont été revus à des intervalles variés allant de 02 à 10 semaines avec 04 revus à 02 semaines, 03 à 3 semaines, 04 à 4 semaines, 04 à 5 semaines, 01 à 6 semaines, 01 à 10 semaines et 04 perdus de vue. Les résultats sur la douleur (EVA), tous traitements confondus, montrent une amélioration de la douleur chez 61,90 % et un état stationnaire chez 19,04 %.

Selon le type de traitement, 66,67 % d'amélioration dans le groupe/traitement physique de l'EVA douleur chez 60 % des patients du groupe/traitement médical, 100 % d'amélioration avec contention seule, 33,33 % d'amélioration et 33,33 % état stationnaire avec physiothérapie seule et 100 % d'amélioration de la douleur soit 1/1 avec l'association traitement physique traitement médical.

**Discussion.**– Notre échantillon est à prédominance féminine en pleine activité (40–50 ans). Une amélioration de la douleur dans 2/3 des cas tous traitements confondus avec 66,67 % de bons résultats avec le traitement physique et 100 % avec l'association traitement physique traitement médical. Il découle de notre étude que l'association médicaments moyens physiques donne le meilleur résultat dans le traitement des NCB.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.836

### Version anglaise

P078–EN

### Pain: A burn victim's means of expression

Z. Djaroud<sup>a,\*</sup>, K. Terki<sup>b</sup>, F. El Abed<sup>a</sup>, F. Benlebna<sup>a</sup>, B. Boumediene Zellat<sup>a</sup>, L. Khensous<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médecine physique réadaptation, établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, BP Ibn-Rochd 4166, 31000 Oran, Algeria

<sup>b</sup> SEMEP/établissement hospitalo-universitaire, 1-novembre-1954, Oran, Algeria

\*Corresponding author.

**Keywords :** Electric shock; Burns; Multiple amputations; Pain